



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "PUBLIO VIRGILIO MARONE"

Ordinamento Liceale: Classico – Liceo Scientifico e opzione Scienze Applicate –
Liceo Scienze Umane opzione Economico Sociale – Liceo Linguistico

Ordinamento Tecnico: I.T.E.: Amministrazione, Finanza, Marketing – ITC IGEA

Presidenza – Segreteria Via Marcello Loc. San Vincenzo – 84085 – Mercato San Severino (SA) – Tel. /Fax 089-821214

pec: sais00100b@pec.istruzione.it e mail: sais00100b@istruzione.it

C.F. 80047310653 – CCP n. 14297840 www.isisvirgilio.edu.it

Modello: AUTODICHIARAZIONE PER ASSENZE DI MALATTIA INFERIORI A 5 GG NON RICONDUCIBILI A CONTAGIO DA SARS-COV-2 (Integrazione del documento "Rientro a scuola in sicurezza" Regione Campania)

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità.

I sottoscritti _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____, frequentante, per il corrente

a. s. 2021/2022, la classe _____ sezione _____ Indirizzo _____

Documento di riconoscimento del padre _____

Documento di riconoscimento della madre _____

Documento di riconoscimento del tutore _____

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della collettività.

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dello stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

In caso di presenza di questi sintomi, i genitori/tutori dovranno contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Mercato San Severino,/...../.....

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Firma del tutore _____

In caso di non presenza di uno dei genitori

Il/la sottoscritto/a, _____ padre/madre dell'alunno/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Mercato San Severino,/...../..... Firma del genitore/tutore _____